

医療史の可能性 医学史、衛生史からの飛躍

井本 真理*

はじめに

医療は、その視角は時代と共に変化しつつも、常に一定の関心が寄せられ、取りあげられるテーマである。たとえば脳死者の臓器移植のような医療技術の進展は、生死の定義を大きく揺るがせ、医療（医学）と国家が、人（国民）の生死にどこまで介入すべきなのかという問いを社会に突き付ける。しかし議論が十分に尽くされる前に立法化され、既存の医療現場は、対症療法的に応じざるを得ない。現場では個別のケースと向き合うなかで、倫理問題が生じ、移植の急増により現場の疲弊が叫ばれ、体制の整備と再考を求めて再び問題化する。幾度となく繰り返されてきた光景である。なぜ国家は医療の在り方を規定しようとするのであろうか。近代以降、医療と国家、医師、国民の関係はどう結ばれて来たのであろうか。

医療に関する歴史研究は、その専門知識と技術を有する医師たち医療従事者を中心に、「医学史」という独自の領域から始まった。しかし「医学医療の進歩が人類の幸福を保証する¹」と確信した一連の研究は、衛生制度の発展を自明とし、そこに含まれる国家の戦略や恣意性を検証することは極めて少なかった。そして患者を「どう治療するか」に関心を寄せ、受療者側の主体性に言及することも少ない。つまり川上武に代表される「医療史」は、医師による医学の歴史なのである。この状況は1970年代以降の社会史の潮流により変化する²。「疾患そのもの」から、「病む」身体を社会的に位置づける視点が生まれ、「病まざる身体（国民）」を政治的に形成しようとする国家とその衛生制度が分析の俎上に上ようになった。

そして歴史学では、国民国家論が隆盛を迎えていた1980年代から90年代にかけて、身体と国家と、衛生（制度）をキーワードとして読み解く大きな流れが現れた。「近代社会システムとしての公衆衛生³」は、社会の「公共の利益」のもとに人びとに規範を要求し、一定の型枠にはめ込もうとする、極めて政治的な統治手法の一つ⁴としてとらえられた。この構造は、植民地下の人びとには更に大きい抑圧を与えるものであったことも、近年明らかになっている⁵。但しこの分析は、国家の強制面を強調し、なぜ「民衆の国家への合意調達の媒介⁶」となりえたかに言及することや、医師を単に国家機関とみなし、近代医療や医師の特性を論じることは少なかったのである。

* 岡山大学大学院社会文化科学研究科

本稿では医学、衛生、医療というキーワードに沿ってこれまでの研究動向の整理を行う。総体としての「医療史」を描くために、克服すべき問題は2つある。まず1つめは関連が強いものでありながら、各々別個の領域で論じられてきた医学史と衛生史の成果を一連の歴史研究としてつなぐことである。この分立は、歴史過程にも大きく起因する。その学術性・専門性などを背景に、傷病者・患者に対して圧倒的な優位が保障されていた⁷「医師」の歴史的 positioning を行うことが、日本の近代医療史を検討するために必要と考えるため、分析の中心に据え検討する。

2つめに、国家や医師の、医療供給側の問題として分析しがちであった「医療史」を、医療受療側との双方向の「医療史」にするための整理を行うことである。高岡裕之が指摘する「医療の役割を地域社会の「必要」との関係で明らかにする⁸」ことは、医師と患者の関係を再考するなかで行うことができる。さらに人びとの生存の現場である地域において、「身体経験⁹」の実態を明らかにすることは、消費活動や福祉サービスとして人びとが求めるという医療需要者側の問題を読み解くことでもある。双方向性をもつ医療史の課題と今後の展望を探る。

1. 医学史と医師

近代医療制度と医学史

富士川游は、医学史とは 医学的知識の歴史、 医家の地位の歴史、 疾病、国民病の歴史と規定した¹⁰。医学史の特徴は、主に医師などの医療関係者を中心に研究が進められてきた点と、古代から現在に至るまでの、特に近代以降の医学・医療技術の発展の軌跡を概説的叙述・通史として描く点にある。「我が国の医療の担い手」である「西洋医の絶対数の不足は、国民医療、地域医療推進に大きな障害」となるとされ¹¹、近世以来の系譜を受け継ぐ「従来開業医」を文明の対極にあるものとして否定する。また、医学という科学技術の発展を肯定する立場から、その歴史的背景の分析や統計資料などに潜む恣意性についての判断が弱い面がある。そのことは、近代以降に成立した教育機関や学会、医師会などの医療関連組織の多くが残す自史の編纂にも影響している¹²。基礎資料としては大変充実したものとなっているものの、総体として医療の歴史を描く点は弱いといえよう。

川上武は、開業医を中心とした開業医制が「近代医学の普及・向上の武器として有力¹³」であり、日本医療の主軸と断言した上で、近代医学と開業医制度の発展は軌を一にしたと主張する。「資本主義的営利の追求を目的とし、それが医療全体を法則的に貫いていく」この制度は、「社会政策の手段として医者・人民に好ましくない形に編成」しようとする国家と対抗するものであった。医学史にとっての医療史とは、医師を医療制度の根幹として位置づけた歴史なのである。

開業医制では、医師は自由診療（実際は医師会規定料金の規定がある）に基づき診療を行うことを「原則」とする。そこで1921年（大正10）に成立した健康保険法は、この原則を大きく崩し

たとみなされ、国家が「診療行為のコントロール」を行い、「医療の主体性を医師から体制側にうばって¹⁴」いると批判される。健康保健法の施行が、医療制度とその内容を大きく変えたことは事実である。小坂富美子は健保を「医療を供給するシステムの根幹を私的診療機関（個人・医療法人等）に依存し、一方で社会保険の診療報酬の点数操作という形で医療費支払いシステムを国家の統制下におくもの¹⁵」と指摘する。政府と日本医師会との契約に用意された診療報酬点数表は、「間接的ながら「病気とは何か」の標準を示すもの¹⁶」となり、点数を根拠に、医師は自己の診療行為を日常的に審査・管理されることになった。

しかしこの批判は、医師こそが診療行為をコントロールすべき存在とみなしている裏返しであろう。青柳精一は、1911年（明治44）に設立され「安価診療」を標榜した実費診療所に対し、医師会が「行きすぎともいえる妨害」を行ったとして、医師会の組織としての同業者団体的要素、保守性を明らかにしている¹⁷。医療費軽減や診療報酬という目安の設定は、医療の普及と促進という点で、人びとにとって望ましい面もあるにも拘わらず、批判的見解になりがちであることは、医師の権利意識・経営理論が医療そのものの評価にも影響し、客観性を失う局面があることを示す一つの事例である。

このように国家に抑圧される医師 自己の境遇への関心に比して、医療のもう一方の主体者である人びとへの関心は低い。医療の社会化運動においても、見出したのは人びとに寄り添う医師の存在である。医師と人びとは国家に抑圧され、資本主義の影響を受ける点は共通しても、医学史にとっての医療史では、人びとはあくまで補助的、あるいは極論すれば不在であった。後に「医師の関心はあくまでも疾病にとどまり、ついに病人にまでは向かわなかった¹⁸」と評し、病人史の必要を論じる1980年代頃まで、あくまでも医療供給側である医師の、圧倒的に優位な言説のもとで医療史は語られてきた。こうした開業医制度の視点をもとに「戦後の医療史研究の基本的枠組みが確立した¹⁹」のであった。

医師の近代化とその実態

しかし地域における医師の存在形態を、その養成課程や地域医療との関係から検証することによって、これまでの開業医制を軸にした医療史研究の枠組みとは必ずしも一致しない実態が明らかになってきている。

これまで、医療の近代化は速やかに進行し、従来開業医を次第に凌駕していくなかで「医師の近代化」も行われたと説明されてきた。しかし1880年代の大阪では、西洋医学と漢方医学の双方を取り入れた折衷医に移行する医師が多かったことを、馬場義弘が指摘している²⁰。医療現場では、西洋医学の需要がすぐにあったわけではなく、医師も患者の求めに応じて医術を行使していたことがわかり、医学史で描く右肩上がりの医療発展の歴史は大きく揺らぐのである。

また地域医療の問題は、地域住民の観点からでなく、これまでは医師が「資本主義の行き詰り²¹」

によって収入の確保ができないために農村忌避を行ったとする、無「医」村問題として析出されてきた。しかし猪飼周平は、この地域偏差の原因を大卒医師の病院指向に求め²²、高岡は、人びとの「都市」並み水準の「高度な医療を受ける欲求の存在を指摘しており²³、無医村の原因が単に医師の営利主義のみに求められないことを明らかにしている。

また猪飼は、日本の医療システムの特徴を、医師が、自らの能力を実現するための病院を所有できる構造と、そのために必要な専門的知識を有するための医師のキャリアパターンの成立と固定化に求めている²⁴。地域医療の実態に迫るには、帝国大学や医学専門学校などの教育機関、医師会、「地域医療の中核を担っている²⁵」公立病院などを、相互に関係づける必要がある。折田悦郎によれば、「試験及第医」や医専卒業者ら下位学歴の多くの医師にとって、九州帝国大学講習会に参加し“修了証明”を得ることは、医療技術の再獲得と同時に、自らの医業に権威を与える効果があった²⁶。ここでは地元医師会が再教育を媒介しており、医師の活動を管理・組織化する面での医師会の影響の大きさをよく示している。大学と医師会は、1906（明治39）年成立の医師会法に始まり、伝染病研究所移管問題や医界新体制運動²⁷に至るまで、とかく対立関係にあるとされるが²⁸、実際には地域の状況に応じて様々な利害も絡みつつ構築されていたのである。

一方で、医学史では医師の衛生活動についての論考は少ない。医師のみの活動ととらえているのではないが、青木純一は、日本結核予防協会の活動を「たんに結核という一つの病いの予防運動ではなく、広く国民の生活習慣や思想にまで及ぶ文化活動であり、いわば国民教育と呼んでもよい質と広がりを持っていた」と評価する²⁹。これは従来の医学発展の歴史の枠内に留まった評価であり、西洋圏を対象とした研究が、医師は「衛生の啓蒙・指導者」として、「自身の専門職としての正当性や地位、権限を向上・拡大させてきた³⁰」と論じるようなスタンスは無い。宝月理恵は、医師の政治的活動に注目し、歯科予防運動を歯科医師会による、学校歯科医への積極的な採用運動とみなし、その結果、歯科医師の専門性の確立がなされたと述べ、医師が衛生を積極的に利用する動向を明らかにした³¹。衛生行政史では国家政策に埋没し、補助的な存在としてみなされてきた医師を、動的に新たに位置づける指摘である。

生活に緩衝する衛生の分析は、地域医療の実態ばかりでなく、医師のこのような政治的側面も明かにする。医師の制度的位置づけに重点をおいてきた医学史は、医師に視点を据えながらも、医療問題を様々な角度から再検証する可能性が提示されているのである。

医学史の変容と社会史

医学史が大きく変化した契機は、社会史の登場である。二宮宏之は、さまざまな問題群を「生物学的与件であると同時に社会状態の反映でもある身体」をもつ人間の許に引き戻すことで、ある時代、社会を総体的に捉えることができると述べる³²。「病む」という身体の状態、「衛生」という社会状態への関心は、更にそこに生じる「差別」の分析へと向かった。そして「からだ」と

対をなす「こころ」への関心は、医学史では一度は否定された「旧来」からの人びとの「こころ」の実態にも関心が及ぶこととなる。

この潮流のなかで、川上は「重大な社会問題となっていた疾病（具体的には国民病・社会病）を病人の側から」考察するようになり³³、疫学の専門家である山本俊一は「コレラの歴史は単なる医学の歴史だけではなく、社会の歴史でもあることが、だんだん強く感じられるようになった。³⁴」両者の言葉は、富士川の 疾病、国民病の歴史から一步抜け出し、「病む患者」が医師たちの視界に入ったことをよく示す。山本は「らしいの歴史を書き残す者として、できるだけ中立の立場を取るように努力してきた³⁵。」と、医師の視点を客観視し、国家、社会、患者、それぞれにとって異なるハンセン病医療の意味を問おうとした。社会史の功績は、医療制度の分析とは異なる角度から、医学的疾患を抱えた患者そのものを分析対象としてとらえ、病と国家、社会と医療の関係を読み解くことを可能にしたことである。それは医療そのものの意味を問う気運を起こし、新たな医療史を構成する契機となったのである。

2. 国家による身体管理と衛生

衛生警察の意義

衛生はそもそも医学をもとに登場したシステムだが、歴史学では国家を主語として語られる特徴をもつ。こうした視点が生まれるまでは、衛生問題は被差別部落研究における部落改善事業の一環として、個別に事例が取り上げられていた³⁶。しかし「被差別部落を都市社会一般から切り離して分析の俎上に」のせる傾向があり³⁷、「当該社会との関連のなかで具体的に分析すること³⁸」や、当時の医療政策全体の意義をとらえる領域をもたなかった。これらの成果も衛生行政史として位置づけると、新たな様相が現れるだろう。

国家が政治的に構築する公衆衛生制度の導入を、人びとの身体を近代という鑄型に押し込めようとする点で干渉・束縛するものとしてとらえ、国家に心身を管理される国民像を描く一連の研究は、まず衛生警察の存在に注目した。「健康ヲ看護シテ生命ヲ保全セシムル事³⁹」を職掌にする衛生警察は、急性伝染病であるコレラが猛威をふるった際⁴⁰、患者の迅速な発見と隔離のために強権的に人びとの生活に介入し、衛生の推進力のひとつとなった。こうした経験を通じて「末端の警察組織は地域に根を下ろし、警察の「耳」と「目」はカタツムリの触角のように、全国の津々浦々にゆきわたっていく⁴¹」ことになる。

初代衛生局長である長与専斎の「予防消毒の事は一切巡査の持切り⁴²」という発言は、従来は自治衛生の養成から警察による強制に移行したことへの批判と理解されてきた。だが、この発言と衛生警察の内実をめぐり、再考が進んでいる。姜克實は、これは衛生行政の管轄争いの結果「衛生行政権が、系統の違う警察（警視庁、警保局）にとられたこと⁴³」で、地方自治を主眼にし

た長与/衛生局の構想が頓挫したことに対する不満と指摘する。また鈴木健太郎は、衛生局の企図する自治衛生（衛生行政の地方化）について、1881年（明治24）前後から各府県会では経費節減のため衛生費削減が続いており、「地方の状況に合わせる程」実現が難しく、結果として「強権的な政策しか残らなかった」とし、中央と地方では衛生施策への関心に温度差があったことを明らかにした⁴⁴。

一方で鈴木は、警察の強権性は、あくまで伝染病の流行時における臨時的措置であり、「衛生警察が自治衛生より政策的に重視され」たとはいえないと疑問を呈す。この時期は、近代医学の知識を有する医師の絶対数が不足し、医療と衛生を担う組織が未確立の段階である。迅速な防疫活動を行うには、全国に配置されている警察組織が衛生行政を担うことが合理的であり、かつ現実的な組織利用であったであろう。

もっとも、地方における行政・警察の責任者である地方長官にとっては、いずれも自らが統括する機関であるという意味で、自治か警察かという問題は重要ではない。知事たちは、自県の衛生問題を解決するために、地方官会議⁴⁵を積極的に利用した⁴⁶。しかしこれは壮丁確保という国家要請に迫られた上での地方統治の自覚であり、自治意識の高まりの結果とはいえない。衛生行政全体を再構成するには、中央 知事の志向と、地域 議会の志向の差をとらえ、地域における衛生・衛生警察に対する認識、近代医療の実態を検討することが必要であろう。

衛生政策と国家

衛生政策の思想的指導者として「日清戦後の衛生行政をリード⁴⁷」した後藤新平は分析されることが多い人物である。彼が構想した衛生原理論や疾病保険制度の先進性は、その後の医療制度と窪田静太郎ら内務官僚に影響を与えたとする研究もあるが⁴⁸、ここで注目したいのは台湾総督府民政長官としての後藤の台湾経営と衛生行政、思想政策の研究である。飯島渉と脇村孝平は、後藤は日本国内の経験を踏まえ、警察機構と強力に連動し衛生制度を展開したと述べ、日本の内務省衛生局 警察部との比較を行っている⁴⁹。植民地において導入される公衆衛生制度は、帝国主義と不可分の関係にあり、導入手法や浸透状況が日本と同質ではない。しかし植民地における遠慮の無い実践にこそ、日本の衛生における特質は端的に示される。後藤は衛生の進歩と「文明生活」「幸福の原因」を直結して考える⁵⁰、まさに「帝国医療」の思想を体現する政治家であった。後藤を媒介に、各国の「帝国医療」との比較によっても、日本の衛生行政の特徴が明らかにできる。

この公衆衛生制度を、人びとの身体を規律化し、各自の健康を国家へと回収する国民国家形成の装置として、成田龍一は分析し、注目を集めた⁵¹。さらに藤野豊は、衛生を媒介に国家が「民衆の生命と健康をどのように把握し、管理・統制していこうとしたか⁵²」を明らかにすることを近代医療史の課題と位置づける。藤野や小松裕にとって、医療史は「国益」や国家目的の前に

人びとのいのちを選別し、日常的に序列化したうえで管理し、支配し、動員⁵³」された歴史なのである。

確かに、国家の管理が先鋭化した戦時下に、国家はハンセン病患者や精神科の患者に対し、甚大な抑圧と被害を与えた。国家政策と医学の関連を検証した藤野の功績は大きい。しかし藤野の論は、「医療・衛生政策をとおして優秀な民族に改造しようとする民族衛生政策（優生政策）」を国家が推進したという結論を、時代を遡って後づけている印象が強い。例えば藤野自身が引いた1937年（昭和12年）第70議会での「断種法」案審議で、内務大臣が「慎重ナル研究ヲ致サナケレバナラヌノデアリマスカラ、一寸輕輕ニ此法ヲ制定スルト云フ風ニ御答出来兼ネル」と答え、制定に至らなかった事例があるが、これは「まだ消極的」と評価するのではなく、優生思想が浸透していない例とみなすべきである。そして医療史の課題とする以上、優生政策が、ほかの衛生政策にどの程度当てはまるのかといった面も考慮すべきである。国家や医系議員といった極めて政治的分野にスポットをあてるだけではなく、医療現場でのこの思想の位置づけ、人びとへの影響を検討する必要があるだろう。

この障害者や病者の排除と抑圧の要因を、福利厚生政策の問題と大門正克は分析する⁵⁴。総力戦による強制的な動員は、人びとを生存の危機に陥れるものであったために、反対給付として福利政策が実施された。しかしそのことが、目的から疎外される人びとにとっては、却って厳しい排除の論理となったと指摘したのである。ここにおいて、国民を管理・拘束する構造を分析する国民統治論であった衛生史は、人びとの主体的な生存のありようを基礎にした新たな視点を獲得した。衛生制度や医療政策を受け止め、とらえかえし、要求するという視点によって、衛生制度行政史は、国家と人びとの双方向の医療史として、衛生と医療制度・政策を再構成することができる。

心性の変容 衛生思想、通俗教育

社会の変容や制度の改変にともなって、人びとの心性もまた変容する。衛生制度の導入は、人びとの生活習慣と密接にかかわり、教育として付与される分、心性の変容を大きく伴うものであった。

安保則夫は衛生システムによって都市空間は均質な清潔空間と、そうでない「貧民部落」（スラム）とに空間的に配置されたと述べる⁵⁵。後者は貧民を差別し、困い込んだものでありながら、政策実行後にはこの痕跡は消え、貧民部落そのものが差別を受けることとなる。この構造は、病者や障害者が「貧困」「不潔」「不徳」の上にさらに血統の「異類」というイメージを重ねることによって、一般社会構成員と明確に一線の引かれる存在」となり「次第に個性のない単色にぬりこめ」られていくと分析する、ひろたまさきの認識と共通する⁵⁶。ひろたは近世以来の病観に、このような新しい病観が加わって、近代独自の差別が重層的に現出したと述べる。

「健康」という心身の状態をもとに「人びと」が差別・排除される近代像を描いた鹿野政直の研究は⁵⁷、隔離の思想、衛生観念、国家の主導性の特色が近代医療史に刻印されていると述べている点で、最も端的に衛生制度史における国民像を示している。鹿野は、衛生の受け手である「人びと」の存在を意識しながらも、自らの生命の主体性を回復できない存在として、人びとの主体性を認めていない。これは医学史における患者不在の医療史と共通する面がある。

人びとは、学校や軍隊などでの衛生思想教育や身体的経験を通じて健康のイメージを学びとっていく。また、一般の人びとに向けて、さかんに開催された衛生展覧会では、人びとの関心を引くために、幻燈や模擬舞台などを駆使した展示を行った。その展示は、教育的な内容を含みながらも、見学者にとっては「キワモノ」的な娯楽とも認識されていたことを田中聡が明らかにしている⁵⁸。奇異な病気イメージが、新たな差別意識をもたらすであろうことは想像に難くない。人びとの近世以来の習俗や心性を<迷信>として教え、笑いの対象とし、排除しようとしながら、並行して近代の病に対しても、あらたな笑いと排除の心性 差別観を知識として教えていくのである。

ここで提示される衛生思想は、科学的な医学とは一定の乖離が存在する「通俗衛生」である。「医学」に政治、統治のフィルターをかけた「衛生」は、「通俗」というフィルターが再度かかり変質し、人びとに内面化される。疾病もその過程において、精神病が「脳病」と言われるような「通俗化」を経て、「次第にその病名の意味する」<近代>の病として、差別イデオロギーを形成するようになる⁵⁹。ハンセン病に罹患した患者が、病である自分と向き合う際に、「ライに生かしてもらった⁶⁰」と自己昇華したことは、このイデオロギーを内面化した人びとの苦しい心性の一面を示している。

こうした衛生の通俗化の分析は、医学的側面の分析とは一線を画すため、医学史では取り上げられることはほとんどなかった。また国家・衛生と国民の関係が分析の中心である衛生史では、衛生と医学の関係は後景におかれてきた。人びとを起点にすると、衛生行政史と衛生思想史、医学史は接合し、一つの医療史として再構成することができるのである。

3. 医療史の新たな展開

以上を踏まえ、医療史の今後の課題と展望を鳥瞰したい。

1 つめは、医学史と衛生史の合流による医療史の形成である。これまでは、内務省衛生局や中央衛生会といった官制組織、半官半民団体の大日本私立衛生会、医系議員の政治的動向のみで衛生行政や医療政策をとらえる傾向があった。しかし政策の前提に、医学的背景が存在していることを考慮すれば、そこに参与しようとする団体はもっと幅広く存在するだろう。各地の医師会やその上部団体である日本医師会、大学や医専といった教育機関、病院、診療所という医療機関、

そして衛生対策を標榜する日本結核予防協会のような団体が、国家や国民に提言を行うことで、政策が促進されていった動向を踏まえれば、衛生と医療政策をめぐる国家と医師のせめぎ合いや、人びとが求める近代医療の形がより明確に現れる。社会のなかでの衛生政策、医療政策の総体をとらえることができるのである。

2つめは、医師を改めて医療史に位置づけ、医師と患者の関係を再考することである。阪上孝によれば、医療とは「病人の要請にもとづき病気の治療を行なう⁶¹」医師と患者の関係が前提であった。それは「医師と患者の相互関係に依拠しながら性格を規定される⁶²」ため、時代や状況によってその力関係は大きく異なる。近代においては、公衆衛生のもと、国家がこの関係に介入し、結果として医療行為の核となるはずの医師と患者の相互関係がみえにくいものとなった。医師は国家的解決を個人的解決よりも優先する医療の行使者として、患者は国家に身体を管理される存在として、いずれも国家だけが強い主体性を持って描かれたのである。

しかし国家に身体を馴致「され」、管理「され」、「客体」であったという受動的な国民像は、医療の一側面しか明らかにしていないだろう。この視角では、制度や政策をとらえ返して生きている人びとのリアルな生きざまは見えない。人びとはもっと主体的に、時にはしたたかに、国家と向き合い、自らの健康や疾病をとらえ、自己の生存に必要な「しくみ」の必要性を主張したのではない。衛生教育を教える側が、繰り返し「迷信」や「素人療法」の害悪を主張することは、逆にいえばそれだけ人びとは自らの経験に基づく医療観を持ち、身体を管理して来たことを示している。人びとと国家との関係は、国家の管理の在り方が、人びととのやりとりのなかでどう変容し、しないのかという面にも言及が必要である。

また医師と患者の関係は、医療の社会化運動の実態を捉えることでも検証できる。農村において医療組合の設立が相次ぐなど⁶³、1920年代から50年代にかけて「医療の社会化」を求める実に多様な動きが存在していた。人びとの近代医療への関心がこの時期に高まるのは、国家によって衛生教育が喧伝された結果でもある。しかしより重要なのは、医師たちが大学・病院から外へ出て、人びとの生存の基盤である現場・地域において、治療ばかりでなく生活調査を行うことで、人びとの日常生活が近代医療と接触する機会を増した点ではないだろうか。診療所での患者と医師の関係とは異なる形での、国家を介さない生活「改良」にこそ、近代医療の普及と浸透の契機があると考えられる。その近代的医学的知識と旧来の医療観が、実際の生活と緩衝し、どう変容するのかを含めて、地域の医療史を検証することが求められている。

2つの課題を考える上で、鈴木晃仁の研究は多くのことを示唆している⁶⁴。鈴木は1938年（昭和13）に東京市滝野川区で行われた健康調査をもとに、性、年齢、職業、傷病の内容、実に様々な要素に規定されながら、人びとが、医師・買薬・民間療法といった様々な療法を意識的・複合的に選択し治病を行っていた動向を明らかにした。医療の社会化運動に始まった健康調査は、医療の多元性や消費者としての人びとの積極的な実態への接近が可能なのである。

「日本の社会保障制度は医療を基軸として発達してきた⁶⁵」とされる。国家は「社会運動対策や農村の社会不安への対応として」、人びとの生活 生存の仕組みを安定させる医療制度を構築しようとした。国民の安定は「国家の基盤を安定させるうえで重要な要素⁶⁶」となり、それを支える医療制度と、社会福祉制度とのリンクが生れたのである。しかしなぜ医療が基軸となったのか、あるいは近代医療の受療を、人びとが「福祉⁶⁷」と認識したのか、解明すべきことは多い。社会における医療の位置づけを総体としてとらえ直すことで、これまでの医療史は更にさまざまな問題を提示することが可能なのである。

おわりに

医学と衛生、国家と医師、医師と患者、国民と医療、実に様々な関係をたどるなかで、それぞれがせめぎ合う様子が浮かび上がり、これまでの医療史の位置づけが揺れ始めた。

まず、医学史は医師を軸に描きながら、多様な医師の動態や医療の実態を考慮せず、国家との関係も含めて細部の検討が不足していることが明らかになった。日本における近代医学の確立と医師の医政進出、そして衛生行政の動向は連動しており、医療・衛生制度や病院などの医療機関も広く問い直されなくてはならない。

そして衛生史は国家から国民への身体管理という視点から脱し、地域社会と結びついた医療の実態の分析を通じて、医療を望む人びととの双方向の医療史を検証することが求められている。医療の社会化運動をはじめとして、実費診療所や健康保険、無料診療など、分析対象は多い。人びとの近代医療への欲求は生存への欲求の標しである。人びとの生存を医療史の基軸とし、人びとの病・衛生への向き合い方を分析することで、「こころ」と「からだ」の総体的な医療史を形成することができる。さらに生存への欲求を汲み上げ、利用しようとする制度のなかに、近代医療の普及を促進する要素も見出すことができるだろう。交錯する人びとと社会の諸関係を、一つずつ読み解いていくことでしか、双方性をもち、重層的な医療史を構成することはできないのである。

特集「医療と施薬」での「この分野がもっている可能性と豊饒性に比して、その研究や調査はまだまだ遅れているのが実情ではないだろうか⁶⁸。」という疑問に、今もまだ応えきれてはいない。それほど医療史は課題も多く、今後の進展が期待されるのである。

註

- 1 川上武『現代日本医療史 開業医制の変遷』勁草書房、1965
- 2 大門正克『歴史への問い／現在への問い』校倉書房、2008
- 3 1997年度歴史学研究会大会報告近代史部会テーマ。『歴史学研究』697号、1997
- 4 宝月理恵『近代日本における衛生の展開と重要』東信堂、2010
- 5 特集「東アジアにおける医療・衛生の制度化と植民地近代性」『歴史学研究』834号、2007
- 6 特集「医療と施薬」『歴史学研究』639号、1992
- 7 北原龍二『健康保険と医師会 - 社会保険創始期における医師と医療 - 』東信堂、1999
- 8 高岡裕之「「医師の近代化」と地域的分布 「医療環境の社会史」を考えるために」『歴史科学』199号、2009
- 9 鈴木晃仁「戦前期東京における病気と身体経験 滝野川区健康調査（昭和十三年）を手がかりに」栗山茂久／北澤一利編著『近代日本の身体感覚』青弓社、2004
- 10 川上武『現代日本病人史 - 病人処遇の変遷 - 』勁草書房、1982
- 11 矢野享「地域医療の歴史的変遷と医師会の成立」『公衆衛生』47 - 8号、1983
- 12 日本眼科学会百周年編纂委員会編『日本眼科の歴史』全7巻、思文閣出版、1997など
- 13 川上、前掲1
- 14 川上、前掲1
- 15 小坂富美子「戦争と厚生 <日本型医療システム>形成に向けて」『岩波講座日本通史 近代4』岩波書店、1995
- 16 北原、前掲7
- 17 青柳精一『診療報酬の歴史』思文閣出版、1996
- 18 川上、前掲10
- 19 高岡裕之「「医療の国民化」と福祉国家」『民衆史研究』75号、2008
- 20 馬場義弘「近代医師制度の成立と一般開業医の動向について」『歴史科学』131号、1993
- 21 鹿野政直「健康観にみる近代」『鹿野政直思想史論集』5、岩波書店、2008
- 22 猪飼周平「近代日本医療史における開業医の意義 病院の世紀の論理による医療史再構成に向けて」佐口和郎・中川清編著『講座 社会福祉2 福祉社会の歴史 伝統と変容』ミネルヴァ書房、2005
- 23 高岡裕之「医療問題の社会的成立 第一次世界大戦後の医療と社会」『歴史科学』131号、1993。加えて従来開業医のリタイヤによる自然減、高学歴化した医師の文化摩擦などを要因としてあげる。
- 24 猪飼、前掲22
- 25 高岡裕之「近代日本の地域医療と公立病院」『歴史評論』726号、2010
- 26 折田悦郎「明治・大正期における大学講習会について 九州帝国大学講演会医学講習会の場合」『九州文化史研究所紀要』36号、1991
- 27 高岡裕之「医界新体制運動の成立 総力戦と医療・序説」『日本史研究』424号、1997
- 28 川上、前掲1
- 29 青木純一『結核の社会史 国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って』お茶の水書房、2004
- 30 宝月、前掲4
- 31 宝月、前掲4
- 32 二宮宏之「参照系としてのからだところ 歴史人類学試論」『社会史研究』8、日本エディタースクール出版部、1988
- 33 川上、前掲10
- 34 山本俊一『日本コレラ史』東京大学出版会、1982
- 35 山本俊一『日本らい史』東京大学出版会、1993。引用箇所は増補版「まえがき」、1997
- 36 小島伸豊「被差別部落の衛生調査とトラホーム対策」『大阪人権博物館紀要』4号、2000
- 37 松下孝昭「都市社会事業の成立と地域社会 - 1920年代前半の京都市の場合 - 」『歴史学研究』837号、2008。鈴木良を引いた文章。

- 38 池田敬正『日本社会福祉史』法律文化社、1986
- 39 大日方純夫「日本「国民国家」と衛生システムの成立」『人文学法』287号、歴史学編26号、1998
- 40 内海孝「アジアコレラ対策と不潔の排除 一八七七年の流行をめぐる」『社会科学討究』38 - 2号、1992
- 41 大日方、前掲39
- 42 大日方純夫『日本近代国家の成立と警察』校倉書房、1992
- 43 姜克實「後藤新平の国家衛生思想 初期の思想と著書をめぐって」『岡山大学文学部紀要』50号、2008。
時期は異なるが、警察部衛生課の課長のほとんどが医専卒や検定試験卒業で、大学医学部卒業者がいない
(株本千鶴「内務省衛生局技術官僚の特性 官僚制における専門性についての一考察」『参加と批評』4号、
2010)。衛生局との人的ネットワークがないことも批判の背景にあると考えられる。
- 44 鈴木健太郎「明治前期衛生行政における地方政策構想の転換」『日本歴史』731号、2009。こうした県と県会
との対立は、医学学校設立についても起きた(田中智子「地域における「官立学校」の成立 高等学校医
学部の岡山県下設置問題」『史林』92 - 6号、2009)。
- 45 竹永三男「原敬と地方長官会議 日露戦後における地方長官会議の確立」『社会システム論集 島根大学法
文学部紀要 社会システム学科編』1号、1996。第2次西園寺公望内閣の内務大臣であった原敬は、この会議
を通じ「地方行政に対する知事の主体性・能動性」を引き出し、「政府 内務省による、地方長官に対す
る<双方向的統轄システム>を確立したとされる。
- 46 1906年から翌年にかけて、トラホーム対策を希望する意見を岡山、奈良、山形、香川県が相次ぎ提出した。4
県はいずれも罹患率が高いとされる。また1910年には同法案の審議も会議で行われた。
- 47 尾崎耕司「後藤新平の衛生国家思想について」『ヒストリア』153号、1996
- 48 川上、前掲10、青柳精一「健康保険法の成立1」『日本医師会雑誌』93 - 1号、1985。
- 49 飯島渉・脇村孝平「近代アジアにおける帝国主義と医療・公衆衛生」見市雅俊・斎藤修・脇村孝平・飯島渉
編『疾病・開発・帝国医療 - アジアにおける病気と医療の歴史学』東大出版会、2001、同「衛生と帝国 日
英植民地主義の比較考察に向けて」『日本史研究』462号、2001
- 50 後藤新平「祝辞」『日本トラホーム予防協会会誌』2号、1916
- 51 成田龍一「身体と公衆衛生 日本の文明化と国民化」歴史学研究会編『講座 世界史4 資本主義は人をど
う変えてきたか』東京大学出版会、1995
- 52 藤野豊「民族衛生政策の成立 厚生省設置への道」内務省史研究会『内務省と国民』文献出版、1998
- 53 小松裕『日本の歴史14 「いのち」と帝国日本 明治時代中期から1920年代』小学館、2009
- 54 大門正克『日本の歴史15 戦争と戦後を生きる 1930年代から1955年』小学館、2009
- 55 安保則夫「都市衛生システムの構築と社会的差別」『歴史学研究』703号、1997
- 56 ひろたまさき「日本近代社会の差別構造」『差別の視線 近代日本の意識構造』吉川弘文館、1998
- 57 鹿野、前掲21
- 58 田中聡『衛生展覧会の欲望』青弓社、1994
- 59 川村邦光『幻視する近代空間』青弓社、1994
- 60 小松、前掲53
- 61 阪上孝「公衆衛生の誕生 「大日本私立衛生会」の成立と展開」『経済論叢』156 - 4号、1995
- 62 海原亮「近世眼科医の身分存立と学統」『歴史科学』199号、2009
- 63 高岡、前掲19
- 64 鈴木、前掲9、同「治病の社会史的考察 滝野川健康調査(一九三八年)を中心に」川越修・鈴木晃仁編著
『分別される生命 二〇世紀社会の医療戦略』法政大学出版局、2008
- 65 高岡、前掲19
- 66 小坂、前掲15
- 67 高岡裕之「日本近現代史研究の現在」『歴史評論』693号、2008
- 68 歴史学研究会、前掲6